FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892 — N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 19 Février 1892, à 1 heure

Par A. VERRIÉ,

Né à Jumeaux (Puy-de-Dôme), le 23 juin 1863,

DU CANCER DU RECTUM

A évolution latente

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. PINARD, professeur.
SEGOND et A. ROBIN, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE
15, Rue Racine, 15

1892

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1892 — N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 19 Février 1892, à 1 heure

Par A. VERRIÉ,

Né à Jumeaux (Puy-de-Dôme), le 23 juin 1863,

DU CANCER DU RECTUM

A évolution latente

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. PINARD, professeur.
SEGOND et A. ROBIN, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE
15, Rue Racine, 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen . . . . M.	BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY. DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	TILLAUX.
Pharmacologie	REGNAULD.
Therapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée	STRAUS.
Clinique médicale	SÉE (G.) POTAIN. JACCOUD. PETER.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	VERNEUIL. LE FORT.
Clinique des maladies des voies urinaires	DUPLAY. LE DENTU. GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchement	TARNIER. PINARD.

Professeurs honoraires

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	GILBERT.	NETTER.	RICARD.
BAR.	GLEY.	POIRIER, chef des travaux anatomiques.	ROBIN (Albert).
BLANCHARD.	HANOT.	POUCHET.	SCHWARTZ.
BRISSAUD.	HUTINEL.	QUENU.	SEGOND.
BRUN.	JALAGUIER.	QUINQUAUD.	TUFFIER.
CAMPENON.	KIRMISSON.	RETTERER.	VILLEJEAN
CHANTEMESSE.	LETULLE.	REYNIER.	WEISS.
CHAUFFARD.	MARIE.	RIBEMONT-DESS.	
DEJERINE.	MAYGRIER.		
FAUCONNIER.	NELATON.		

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE.

A MON PÈRE.

A MA FAMILLE.

A MES AMIS.

A MES MAITRES.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX,

Professeur de médecine opératoire à la Faculté de Paris,
Membre de l'Académie de médecine,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu,
Officier de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

En lisant les auteurs qui se sont occupés des affections du rectum. on voit que le cancer de cet organe, après avoir eu un début en général lent et insidieux, amène bientôt la cachexie, à laquelle succombent les malades. Or, il n'est pas rare de rencontrer des gens, d'une bonne santé apparente, présentant tout à coup des symptômes mortels, le plus souvent ceux de l'occlusion intestinale suraiguë, sans qu'on ait pu soupçonner l'existence d'un cancer. Les phénomènes, qui se passent en effet du côté du rectum, sont si peu retentissants que le chirurgien n'a pas été amené à en pratiquer le toucher.

C'est cette forme de cancer rectal que nous appellerons le cancer à évolution latente. Nous reconnaissons volontiers que ce mot « latent » n'est pas absolument exact, puisque le toucher permettra de constater la présence du néoplasme.

Nous avions songé un instant à décrire cette forme, qui fait l'objet de notre thèse, sous le nom de forme indolente ; mais cette expression « indolent » pouvait faire croire que le cancer, du commencement jusqu'à la fin, évolue d'une façon silencieuse, tandis qu'à un moment donné éclatent brusquement les accidents de l'occlusion intestinale.

Ce mot « latent », nous le rappelons à dessein, s'applique donc, faute de meilleure dénomination, à la forme du cancer rectal, qui dans sa première période est réduit à ses signes physiques, et dans la seconde révèle brutalement son existence par des phénomènes d'obstruction aiguë.

Trélat a publié dans ses cliniques chirurgicales plusieurs observations de ce genre.

Nous-mêmes nous avons observé, en l'espace de quelques mois, dans le service de M. le docteur Peyrot à Lariboisière, plusieurs malades, arrivés à la période ultime de l'affection, n'ayant que des troubles insignifiants, un peu de constipation ou de diarrhée, très peu de gêne, quelques hémorrhagies.

Montrer la fréquence relative de ces formes à évolution latente du cancer du rectum, tel est le but de notre thèse inaugurale.

Après avoir fait l'historique de la question, nous essayerons d'établir une classification de ces tumeurs et de mettre en relief les principaux symptômes qui pourront servir au chirurgien à porter son diagnostic et à intervenir utilement.

Mais avant de commencer notre travail, nous tenons à remercier notre excellent ami M. Souligoux, interne des hôpitaux, pour les malades qn'il a bicn voulu mettre à notre disposition.

Que M. le professeur Tillaux reçoive ici l'hommage de notre gratitude pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

HISTORIQUE

Le cancer du rectum n'a pas une histoire bien ancienne.

A peu près inconnu autrefois, le cancer n'a été différencié des autres tumeurs qu'à la fin du siècle dernier par Hunter (1). Vers la même époque Desault (2) publia le premier travail sur les squirrhosités du rectum. Il faisait rentrer dans cette classe toutes les variétés de tumeurs de cette partie de l'intestin.

C'est au commencement de notre siècle que l'on trouve des notions plus précises sur cette lésion organique.

Bichat tenta une première classification des tumeurs, mais elle était très incomplète. Laënnec fit faire quelques progrès à cette étude, sans néanmoins connaître la nature du cancer.

Viennent ensuite les travaux de Cruveilher, de Royer-Collard, de Lebert, qui apportent un peu de jour dans la question.

(1) *Jaccoud.* — Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques. Article Cancer.

(2) *Desault.* — Œuvres chirurgicales, 2e partie, 1798.

Il faut toutefois arriver à Lisfranc (3) pour trouver le cancer du rectum nettemént séparé des autres maladies de cet organe.

Broca venait de publier sa fameuse classification des tumeurs, et tandis que Velpeau signalait la malignité du cancer, Robin, après lui Cornil, et en Allemagne Wirchow en déterminaient, au point de vue anatomo-pathologique, la nature essentielle.

Déjà avaient paru sur le cancer du rectum plusieurs ouvrages qui se rapportaient au diagnostic et au traitement de la maladie. Nous ne ferons que citer les thèses de Pinault (1), de Terrasse (2), le Mémoire de Demarquay (3), et enfin la thèse d'agrégation de Vidal (4).

Un peu plus tard, en Allemagne, Simon (5) publie un procédé d'exploration du rectum à l'aide de toute la main, introduite dans l'intestin, surtout à une grande hauteur, procédé qui ne fut pas adopté.

D'autres chirurgiens allemands avaient imaginé de rétablir le passage des matières en grattant la surface du cancer avec une curette à bords tranchants. On arrêterait ensuite l'hémorrhagie par cau-

(3) *Follin* et *Duplay.* — Pathologie externe, t. VI, Maladies de l'anus et du rectum.

(1) *Pinault.* — Dissertation sur le cancer du rectum, Th. de Paris, 1829.

(2) *Terrasse.* — Du cancer du rectum, Th. de Paris, 1839.

(3) *Demarquay.* — Cancer du rectum, L'Expérience, mai 1849.

(4) *Vidal.* — Du cancer du rectum et des opérations qu'il peut réclamer, Th. de concours, Paris, 1842.

(5) *Simon.* — Ueber Mastdarmkrebs (Mittheil ans der Chirurg. Klinik. zu Rostock, 1865).

térisation. Esmarch (1) pense que ce traitement peut être utile.

En Amérique, Van Buren de New-York publie aussi quelques observations sur le cancer du rectum.

Mais c'est surtout en Angleterre que cette lésion a été bien étudiée.

Après les travaux de Smith, de Busche, de Syme, de Quain, nous voyons apparaître des traités spéciaux sur les maladies du rectum. Le premier en date est celui de Curling (2).

L'auteur fait une description complète des symptômes du cancer du rectum, et insiste sur certaines formes de cette affection que l'on peut rencontrer.

« C'est ainsi, dit-il, que les douleurs parfois horribles sont légères dans certains cas. » Il cite l'exemple d'un homme, dont le rectum était complètement oblitéré par un carcinome, et dont l'intestin communiquait avec l'urèthre. Malgré cela, les douleurs n'étaient pas très intenses, et son état général ne s'en ressentait pas trop vivement. La douleur qui lui était le plus pénible était celle que provoquaient les gaz qui s'échappaient par l'urèthre.

Curling fait encore le récit d'un malade qui n'avait ni constipation ni soupçon d'aucune espèce de maladie du rectum, chez lequel se produisit tout à

(1) *Esmarch*. — Die Krankheiten des Mastarmes und des apters.

(2) *Curling (T.-B.)*. — Traité des maladies du rectum. Annoté et traduit sur la 4e édition, revue et complétée sur les indications manuscrites de l'auteur, par le Dr H. Bergeron.

coup une obstruction de l'intestin. L'examen fit découvrir une masse carcinomateuse énorme.

Allingham (1) publie ensuite un nouveau traité des maladies du rectum. où, à l'exemple de Curling, il étudie la variété du cancer dont nous nous occupons.

Il parle d'un homme qui est entré à l'hôpital Saint-Marc en 1865. Le malade éprouvait depuis quelque temps des symptômes plus ou moins marqués d'obstruction intestinale. Mais depuis vingt jours la constipation était absolue et les symptômes étaient si pressants qu'il pratiqua aussitôt la colotomie lombaire. Le malade bénéficia de l'opération pendant quatre ans, jusqu'au moment où la tumeur commença à s'ulcérer.

Il s'agit ensuite d'un médecin anglais éminent, qui mourut de cette maladie et qui avait pris ses dispositions, afin de garder le lit et de subir une opération pour ce qu'il croyait être une petite fissure anale ou une hémorrhoïde ulcérée.

Rappelons encore l'exemple, devenu historique, d'un gentleman qui vient dans le cabinet d'Allingham se faire examiner pour une assurance sur la vie. C'était un homme vigoureux, bien portant, présentant les apparences d'une parfaite santé et chez lequel le médecin anglais trouva, à son grand étonnement, une tumeur cancéreuse du rectum.

(1) *Allingham* (W.). — The diagnostic and treatment of diseases of the rectum. Edited and revised with much additional new mater and numerons diagrams by H. W. Allingham, 5e edit., London, 1888.

A l'exemple de nos voisins d'Outre-Manche, beaucoup de chirurgiens français ont, depuis quelques années, observé cette forme du cancer qui n'altérait que peu la santé.

Et d'abord Nélaton (1) pense que, relativement aux cancers de l'extrémité supérieure du rectum, bon nombre de ces dégénérescences sont absolument méconnues.

Des discussions ont eu lieu au sein de plusieurs sociétés savantes, notamment à la Société de chirurgie (2), entre MM. Verneuil, Panas, Després, Trélat, Guérin, Forget, Chassaignac.

A la Société d'anatomie (3), dans la séance du 7 février 1879, M. Maygrier, alors interne dee hôpitaux, rapporte l'histoire d'une femme atteinte à la fois de tumeurs kystiques des ovaires et de cancer squirrheux et colloïde du vagin et du rectum. Cette observation était remarquable par la marche rapide des accidents graves survenus dans les premiers mois de la grossesse chez une femme jusque-là bien portante, par l'existence d'un rétrécissement du rectum, siégeant à une hauteur qui le rendait inaccessible au toucher rectal et qui n'a pu être constaté qu'à l'autopsie.

Dans ses cliniques chirurgicales, Péan (4) signale des cas analogues.

(1) *Peyrot.* — Pathologie externe. Maladies des régions (cou, poitrine, abdomen), p. 753.
(2) Gazette des hôpitaux, 16 octobre 1872, 5 mars 1873.
(3) Bulletin de la Société anatomique, 1879, séance du 7 février.
(4) *Péan.* — Leçons de clinique chirurgicale.

Mais entre tous, il nous semble que Trélat (1) est en France le chirurgien qui a le mieux étudié ce développement fruste du cancer du rectum. Aussi avons-nous emprunté pour notre travail, à ses cliniques chirurgicales, plusieurs remarques et observations importantes.

Nous terminerons cet historique en disant que, dans des leçons faites à l'Hôtel-Dieu et à l'hôpital Necker, Kirmisson (2) a bien fait ressortir le danger pour les malades de la bénignité apparente de cette variété d'affection.

(1) *Trélat.* — Cliniques chirurgicales.

(2) *Kirmisson.* — Gazette des hôpitaux, 12 juin 1888; Union médicale 6 décembre 1888.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous ne nous proposons pas de faire ici l'anatomie pathologique complète du cancer du rectum, nous insisterons seulement sur quelques points.

Comme dans les formes habituelles, le cancer à évolution latente est plus commun chez l'homme que chez la femme. D'après nos observations, 11 hommes sur 7 femmes. Il peut siéger sur tous les points du rectum.

Quant à sa nature, c'est l'épithelioma cylindrique ou lobulé que l'on rencontre le plus fréquemment. Vient ensuite le squirrhe, les cancers encéphaloïde et colloïde étant très rares au rectum.

Mais, quelle que soit la variété de l'affection, nous rencontrons le cancer sans ulcération ou avec ulcération.

C'est ce caractère qui nous arrêtera un instant.

Dans le premier cas, on trouve un simple rétrécissement du calibre de l'intestin. Les matières passent comme à la filière, mais ne sont pas teintées de sang. Le malade est atteint surtout de constipation et n'éprouve pas les spasmes douloureux qui se mani festent dans la forme ulcérée.

Dans le second cas, il y a ulcération qui peut se produire rapidement ou secondairement.

Si l'ulcération est rapide ou primitive, elle entraîne avec elle spécialement de la diarrhée, ou des alternatives de constipation et de diarrhée, de la douleur, un écoulement de sang.

Elle est secondaire et alors elle présente à peu près les caractères de la forme précédente, mais avec un mécanisme différent. Elle survient en effet à la suite d'une constipation opiniâtre, déterminée par une obstruction serrée de l'intestin.

Cette obstruction peut être intermittente, lorsque l'intestin n'est que rétréci, mais elle devient suraiguë lorsque se produit un spasme douloureux causé par l'ulcération.

C'est cette variété que nous observons le plus souvent dans la maladie qui nous occupe.

D'après ces considérations, nous pourrions donc classer, au point de vue anatomo-pathologique, les cancers à marche latente du rectum sous trois formes différentes :

1° Les cancers à forme non ulcérée ;

2° Les cancers à forme ulcérée primitive ;

3° Les cancers à forme ulcérée secondaire.

Les premiers affectent le type de l'occlusion chronique de l'intestin. Ils débutent insidieusement par des troubles digestifs, des douleurs abdominales vagues, une constipation de plus en plus opiniâtre.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

La nommée B..., âgée de 45 ans, est entrée à l'hôpital Lariboisière pour obstruction intestinale. Depuis vingt jours, cette femme n'a rendu ni gaz ni matières par l'anus. Dans le service de M. le docteur Gouguenheim, des lavements lui furent donnés, sans succès. Elle est passée dans le service de M. le docteur Peyrot, salle Elisa Roy.

Cette femme souffre beaucoup ; elle n'a jamais eu de vomissements fécaloïdes. Son ventre est volumineux, distendu par des gaz. Des lavements électriques lui sont donnés, sans résultat. En présence de ces symptômes et de l'impuissance de la thérapeutique médicale, M. le docteur Bazy pratique la laparotomie exploratrice. Il trouve, au niveau du côlon transverse et du côlon descendant, une portion de cet intestin, dure et rétrécie. En présence de ce rétrécissement, probablement d'origine néoplasique, et pour ne pas prolonger l'opération par une manœuvre longue comme la résection de l'intestin, un anus cœcal est pratiqué. Au cours de l'opération, les anses intestinales étaient tellement dilatées par les gaz, qu'elles mettaient obstacle à l'examen de la cavité abdominale, aussi M. Bazy fit une série de piqûres pour les éliminer ; piqûres suivies immédiatement de sutures en bourse.

Malgré l'évacuation des matières par l'anus cœcal, cette

femme succomba au bout de vingt-quatre heures, vingt-cinq jours, par conséquent, après le début des accidents et, auparavant, jamais elle n'avait été malade ; elle était forte et grosse et avait toutes les apparences d'une excellente santé. Comme beaucoup de femmes, elle était constipée. Tel était le seul symptôme qu'elle présentait.

Autopsie. — Le siège précis de l'obstacle se trouvait au niveau de l'angle du côlon transverse et du côlon descendant. En examinant ce rétrécissement, on remarque qu'il contient un corps étranger, représenté par un morceau de bouchon de liège. Le calibre de l'intestin, à ce niveau, ne laisse même pas passer le petit doigt. La muqueuse ne présente pas trace d'ulcération, de sorte que la cause de l'obstruction intestinale est évidemment ce corps étranger qui est venu oblitérer l'intestin rétréci à ce niveau. Le cancer, dans ce cas, n'est pas la vraie cause de l'obstruction; il n'a pas agi autrement qu'un rétrécissement cicatriciel, par exemple. Cette femme aurait encore pu vivre pendant longtemps peut-être sans ce corps étranger, qu'elle ne se rappelait pas, d'ailleurs, avoir avalé.

Examen histologique de la tumeur, par M. Pilliet. — La surface muqueuse de l'intestin est irrégulière. Les villosités sont augmentées de volume, très épaissies. Les culs-de-sac glandulaires sont irréguliers et plongent dans le chorion jusqu'au niveau de la couche musculeuse. Ces culs-de-sac, qui pénètrent ainsi dans la profondeur, sont dilatés. Les uns se présentent comme de petites ampoules, les autres ont un contour irrégulier et festonné, par suite d'un commencement de végétation de la paroi. Les cellules qui les tapissent sont cylindriques à la portion superficielle muqueuse. En plusieurs points, la couche musculaire elle-même est pénétrée et dissociée par les culs-de-sac, qui forment alors de vastes

cavités remplies de prolongements villeux, comblant à peu près la lumière des cavités.

Ces nids d'épithelioma cylindrique franchissent la couche musculaire et se répandent dans le mésentère, où on les retrouve entourés d'épaisses travées fibreuses. Partout la tumeur présente les mêmes caractères, cavités kystiques à parois végétantes, tapissées par des cellules cylindriques.

La surface de l'intestin présente des capillaires extrêmement congestionnés comblant les villosités.

Nous sommes donc là en présence d'un épithelioma cylindrique.

Nous tenons à publier cette observation, quoique nous n'ayons pas affaire à un cancer du rectum, afin de bien démontrer que ces variétés d'affectiou du rectum comme de l'intestin évoluent silencieusement et que les malades succombent non pas à leur cancer, mais à une obstruction intestinale.

OBSERVATION II

Le nommé M... Joseph, âgé de 53 ans, cocher, avait joui jusqu'à ces derniers temps d'une santé excellente. Il fut atteint brusquement, vingt jours avant d'entrer à l'hôpital, d'une douleur violente dans l'abdomen, accompagnée d'abord de constipation suivie bientôt après de diarrhée. On lui prescrit un purgatif, mais sa souffrance ne diminue pas. Il éprouve d'incessants besoins d'aller à la selle.

Pendant cette période, son ventre commence à se ballonner, puis, subitement, il se fait un arrêt des matières et des gaz de l'intestin. La dilatation abdominale est telle que

toute exploration des organes contenus dans l'abdomen est impossible. Néanmoins, il n'y a pas de vomissements, mais des éructations fétides. La température est de 38° 2. Le toucher rectal ne permet pas de reconnaître une lésion du rectum.

En présence de ces symptômes, le diagnostic d'occlusion intestinale est posé, sans précision de siège, en présumant toutefois qu'il se trouve au niveau de l'S iliaque et l'on fait un anus contre nature dans la région du cœcum.

Une fois la peau et le grand oblique incisés, on tombe presque immédiatement sur l'intestin : ce qui est dû à une dilatation énorme, qui a repoussé en dehors les fibres musculaires du petit oblique et du transverse. L'intestin est ouvert au bistouri avant d'être fixé à la paroi. Il s'écoule alors une quantité considérable de matières fécales. L'état général du malade ne s'améliore pas. La température atteint 40°, tombe le soir à 37° 5 pour remonter à 39° et 40°. Le malade meurt le troisième jour après l'opération.

Autopsie. — Les anses intestinales sont encore extrêmement dilatées. Le gros intestin, à partir du cœcum, atteint le volume d'un gros tuyau de poêle. Il est rouge, légèrement congestionné. L'anse descendante du côlon est moins développée jusqu'à l'S iliaque, qui augmente rapidement de volume ainsi que le rectum. On observe sur le rectum et l'S iliaque une coloration noirâtre ; au niveau du point où ils se continuent, on trouve un petit pertuis de la grosseur d'une tête d'épingle. La portion supérieure du rectum est blanche, non dilatée et présente un rétrécissement excessivement serré, siégeant à environ 12 centimètres de l'anus . ce qui explique pourquoi, par le toucher rectal, on ne l'avait pas senti.

A l'ouverture des anses du gros intestin, on voit qu'elles sont fortement congestionnées, présentant une apparence

villeuse. Le côlon est rempli d'une quantité considérable de matières fécales semi-liquides.

Le foie est gros, présentant une coloration jaunâtre ; le tissu cellulaire a la même coloration. Cependant l'on n'avait pas noté pendant la vie la présence d'un ictère.

Les poumons sont congestionnés.

La plaie et le péritoine avoisinant ne présentent aucune trace d'inflammation.

Le petit bassin était rempli de matières fécales.

L'examen histologique démontre qu'on a affaire à un épithelioma du rectum.

OBSERVATION III

Le nommé V... Nicolas, âgé de 50 ans, entre à Lariboisière, salle Nélaton, dans le service du docteur Peyrot, pour une tumeur qu'il a, dit-il, au niveau de la région iliaque.

Il a bon appétit ; cependant il s'est un peu amaigri. Il accuse des alternatives de constipation et de diarrhée, mais il ne souffre pas.

En examinant la région, on trouve en effet, au niveau du lieu qu'il indique, une masse assez dure, située au niveau de l'S iliaque.

Mais trois jours après son entrée, le malade est pris d'une diarrhée abondante et la tumeur disparaît.

On pratique néanmoins le toucher rectal et on observe la présence d'un cancer de l'extrémité supérieure du rectum.

Au bout de huit jours, la diarrhée cesse et nous voyons réapparaître la tumeur, qui se produisait de nouveau sous l'influence de l'occlusion provoquée par la présence du cancer rectal.

Le malade, qui avait l'air assez vigoureux, quitte l'hôpital, aucune opération n'ayant semblé urgente.

OBSERVATION IV (Kirmisson) (1).

Publiée dans la *Gazette des hôpitaux* du 12 juin 1888.

Homme de 62 ans, serrurier, d'assez bonne constitution, chez lequel, si l'on en croyait son dire, le mal a débuté il n'y a que très peu de temps.

La vérité, selon toutes probabilités, est que le début est plus ancien, mais que cet homme ne s'en est aperçu que récémment, la maladie restant jusque-là à l'état latent.

Donc, à cette époque, il a commencé à éprouver les premières douleurs lombaires, en même temps que de la difficulté pour aller à la selle, des besoins incessants de défécation, du ténesme rectal, mais aucun écoulement de sang. Cependant jusqu'à présent l'état général est resté bon et le malade n'a pas encore beaucoup maigri.

Examen. — On ne constate rien à l'intérieur, ni tumeur, ni hémorrhoïdes. Le doigt introduit dans le rectum sent un point très rapproché de l'orifice anal et en arrière une plaque dure, cancéreuse, mesurant environ 5 centimètres de hauteur et très facile à circonscrire.

Ce cas serait donc favorable à une opération d'extirpation, si un toucher rectal plus profond ne décelait, un peu au dessus de cette plaque, une tumeur très volumineuse, très saillante et effaçant le calibre de l'intestin, ces deux tumeurs sont séparées l'une de l'autre par une portion de muqueuse saine ; la seconde, la plus volumineuse, n'a pas pu être déli-

(1) *Kirmisson.* — Gazette des hôpitaux, 12 juin 1888.

mitée supérieurement ; en tout cas, nous savons qu'elle remonte au dessus du cul-de-sac supérieur.

OBSERVATION V (Trélat) (1).

Cliniques chirurgicales, tome II. Leçon du 7 février 1884, par le Dr Ch.-H. Petit-Vendol.

Femme, 60 ans, vigoureuse, qui présentait depuis le 22 janvier des signes d'obstruction intestinale. Le medecin ordinaire avait mis en œuvre les divers moyens usités en pareil cas, laxatifs, purgatifs, etc.

Le 25 janvier, des vomissements surviennent, vomissements verdâtres, bilieux, qui continuent les jours suivants pour cesser le 28. Le même jour, 28 janvier, il se produisit une petite évacuation alvine : très peu de matières et de mucosités. Le 29, les vomissements ne se renouvellent pas Ils reparaissent le 30 et le 31, puis cessent de nouveau les 1er et 2 février. Mais, malgré les lavements d'eau de Seltz, on n'obtient toujours pas de selles. C'est alors que je suis appelé.

Les premières particularités que je constate tout d'abord sont lés suivantes : il n'y a pas d'altération des traits, pas d'amaigrissement, pas de douleurs vives, la langue est un peu blanche ; le ventre est ballonné.

La malade a eu trois enfants. A la suite de la première couche, douleur dans le ventre et malaise assez prolongé. Après le troisième accouchement, accidents analogues et quelques douleurs utérines persistantes. Mais, depuis la

(1) *Trélat.* — Cliniques chirurgicales, t. II.

perte de l'un de ses enfants, l'état de santé de cette femme est devenu moins bon; son appétit a diminué, et, depuis cinq mois, elle est sujette à des accès de constipation opiniâtre, qui se terminent par de véritables débâcles.

Examen de l'utérus. — Léger écoulement sanguin qui existe depuis longtemps. Cet accident, dont il fallait bien tenir compte, pouvait prouver l'existence d'un cancer, surtout en le rapprochant de quelques troubles de la santé générale. Nous constatons par l'exploration digitale une métrite parenchymateuse.

Examen du rectum. — Anses intestinales distendues et surtout toutes également distendues. Dans la région hypogastrique à gauche, dans les points correspondants à l'S iliaque, on trouvait à la percussion un son légèrement mat, tandis qu'il existait de la sonorité dans les autres parties de l'abdomen.

La présence de l'affection utérine et des symptômes déjà énumérés me firent porter le diagnostic de cancer siégeant à l'union de l'S iliaque et du rectum.

La deuxième classe, celle des cancers latents à forme ulcérée primitive, diffère essentiellement des précédents par la présence de l'enterorrhagie.

Quant aux cancers à forme ulcérée secondaire ou à marche chronique, ils amènent pendant quelque temps une simple diminution du calibre de l'intestin avec des alternatives de débâcles et de constipation. Il n'existe pas ou peu de douleur. Mais, leur marche progressant, il se produit une poche où séjournent les matières qui ne tardent pas à déterminer une inflammation de la muqueuse qui va alors s'ulcérer.

C'est cet élément nouveau qui, chez des individus bien portants, détermine ces obstructions suraiguës. L'individu ne meurt pas de son cancer en tant que lésion cachectique, mais il succombe à son ulcération qui n'est qu'un phénomène consécutif du cancer.

Nous avons rencontré assez rarement la forme ulcérée primitive ou plutôt il n'est pas très facile de la différencier de la forme ulcérée secondaire. Aussi, à cause de leurs caractères à peu près semblables, nous grouperons ensemble les observations qui se rapportent à ces deux variétés, et nous ne distinguerons dorénavant dans le cancer latent que la forme non ulcérée et la forme ulcérée, dont nous allons publier plusieurs cas.

OBSERVATION VI

Le nommé Ph. B..., âgé de 55 ans, est entré salle Nélaton, à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. le docteur Peyrot, le 21 février 1891.

Cet homme, grand, vigoureux, bien portant, le visage coloré, a été reçu à la consultation pour hémorrhoïdes, ayant déterminé, disait-il, un léger écoulement de sang.

En interrogeant le malade nous apprenons que son appétit est excellent, mais que depuis sept ou huit jours il éprouve quelques douleurs en allant à la selle, douleurs que son médecin attribue à des hémorrhoïdes qu'il nous montre et il entre, dit-il, à l'hôpital pour se les faire enlever.

A l'examen, on constate en effet la présence de quelques

hémorrhoïdes externes, mais leur aspect éloigne toute idée de crises hémorrhoïdaires avec hémorrhagie.

Le malade nous apprend que depuis quelque temps il va plus difficilement à la selle. Cette constipation coïncidant avec l'hémorrhagie attire l'attention du chirurgien.

On pratique le toucher rectal et l'on trouve à 7 centimètres environ de l'anus une tumeur oblitérant en partie le calibre du rectum, mais laissant encore passer facilement la pulpe de l'index qui tombe au dessus dans une vaste cavité qui est le rectum dilaté.

La tumeur est molle, fongueuse, bourgeonnante ; elle saigne facilement. Elle ne paraît pas se propager à la vessie, ni avoir envahi les parois du petit bassin. Le diagnostic d'épithelioma du rectum est posé. L'état général du malade reste le même pendant quelques jours et l'on se proposait de lui faire l'extirpation du rectum.

Un nouvel examen est fait en vue de cette opération ; plusieurs chirurgiens l'examinent.

Mais le soir même l'interne de garde est appelé auprès de lui et le trouve présentant les phénomènes d'obstruction intestinale suraiguë. Le lendemain matin les phénomènes d'occlusion sont portés au suprême degré. M. le docteur Piquet, appelé en toute hâte, se décide à pratiquer sur-le-champ un anus iliaque.

A cause de l'état du malade on ne donne pas de chloroforme ; on ne fait pas même d'injections de cocaïne. D'ailleurs l'anesthésie est inutile ; cet homme ne sent plus rien, ne manifeste aucune douleur pendant l'opération. Enfin, il succombe à peine celle-ci terminée.

Autopsie. — Toute la masse intestinale est un peu distendue. On essaye de faire passer de l'eau vers l'S iliaque par l'anus que l'on dilate et elle s'écoule facilement.

A l'ouverture du rectum on voit une tumeur cancéreuse ulcérée sur une grande surface.

Cette observation offre bien le tableau complet de ces formes à marche chronique, dans lesquelles l'ulcération amène l'occlusion suraiguë, rapidement mortelle.

Peut-être le toucher rectal, trop pratiqué chez notre malade, a-t-il hâté les événements. Aussi ne doit-on que peu pratiquer le toucher rectal dans les affections de cette nature.

OBSERVATION VII

C..., âgé de 63 ans, charpentier, qui avait joui jusqu'alors d'une santé florissante, fut pris, il y a environ trois mois, d'une diarrhée violente. Depuis, celle-ci va persistant ; elle a même augmenté de fréquence. Le malade va à la garde-robe jusqu'à quatorze et quinze fois par jour et il ne rend que très peu de matières. Il s'écoule à peine un peu de liquide mélangé de sang depuis le mois de mars.

A part le ténesme et les épreintes, le malade n'éprouve que peu de douleur. Le 28 avril il s'est aperçu brusquement qu'il rendait des gaz par la verge en urinant. Les urines sont troubles et contiennent de petits grumeaux de matières fécales.

Le ventre est ballonné, l'état général est bon ; l'appétit est à peu près conservé.

Le toucher rectal démontre à quinze ou seize centimètres de l'anus l'existence d'une tumeur mousse, volumineuse,

siégeant sur la paroi antérieure et s'étendant surtout du côté gauche ; elle est dure, lisse et ne présente pas de fongosités.

Pendant le séjour du malade à l'hôpital, l'issue des gaz par la verge cesse. La miction n'est plus douloureuse ; les urines sont moins sales, mais la diarrhée persiste avec des selles sanguinolentes.

L'étendue de la tumeur, sa propagation à la vessie et le peu de gêne des symptômes d'obstruction intestinale que présente le malade fait reculer devant toute opération. C..., entré le 30 avril à la salle Nélaton, en sort le 7 juin 1891.

Au point de vue de la communication de l'intestiu avec l'urèthre, rappelons le cas, déjà cité dans notre historique, dont parle Curling (1), dans son *Traité des maladies du rectum.*

OBSERVATION VIII

Lautrop Armand, 26 ans, tailleur, entre le 10 novembre 1891 salle Nélaton, service de M. le docteur Peyrot.

Père, mort d'un abcès du foie.

Dans sa jeunesse, il n'a fait aucune maladie.

Il est vigoureux et bien portant.

Soudainement, au mois d'août, il est pris de constipation. Les selles sont douloureuses et accompagnées d'hémorrhagies. La douleur est surtout intense à l'anus, mais s'irradie en même temps dans le bas-ventre et les lombes.

(1) *Curling.* — Traité des maladies du rectum,

C'est surtout lorsque le malade a des selles sanglantes qu'il éprouve de la douleur lombaire.

La miction est aussi difficile.

Les symptômes persistent actuellement. Le malade a des alternatives de constipation et de diarrhée. L'appétit est conservé et la digestion se fait bien.

Examen du rectum. — Au toucher rectal, on sent au dessus du sphincter des masses dures, irrégulières, saillantes comme des noyaux de pèches, plus nombreuses sur la paroi antérieure du rectum, qui est de la sorte rétréci.

Le ventre est dur, ballonné, résistant à la palpation, qui est douloureuse, surtout dans la fosse iliaque gauche. Les ganglions de l'aine sont pris.

On observe en outre deux petits noyaux indurés, l'un à l'épaule, l'autre à la région lombaire du côté gauche, développés sous la peau, mobiles sous les couches profondes et unis aux couches superficielles. Ils sont de forme à peu près sphérique et présentent dix à douze centimètres de diamètre.

Opération. — Le 19 novembre, on pratique une incision oblique dans la direction de l'épine iliaque à la symphyse pubienne, longue d'environ cinq centimètres, et l'on met à découvert l'S iliaque. On attire au dehors cette partie de l'intestin, dans laquelle on passe un tube de verre entouré de gaze iodoformée, pour la maintenir dans cette position.

Température 39°4.

Le 22 novembre, ouverture de la portion découverte de l'S iliaque. Le malade meurt quelques jours après.

Autopsie. — On trouve sur le rectum deux masses cancéreuses énormes, siégeant à des hauteurs différentes.

Le foie était envahi par plusieurs tumeurs cancéreuses.

Le malade n'avait cependant pas eu d'ictère.

Nous voyons ici qu'à un moment donné de la maladie, les caractères s'accentuent et deviennent ceux de la forme habituelle. Mais nous insisterons sur le début soudain et rapide des accidents qui, jusque-là, n'avaient nullement révélé la présence d'une affection aussi généralisée.

OBSERVATION IX (H. Moris) (1).

Publiée dans le *Médical Times* du 10 janvier 1885.

Femme, 50 ans, d'apparence vigoureuse et bien portante. Hémorrhagie par l'anus ; ténesme et diarrhée fréquents ; matières moulées, du calibre d'un crayon. A un premier examen sous la chloroforme, on trouve sur la partie antérieure et droite du rectum une tumeur cancéreuse. Avant de commencer l'opération, tandis qu'on explorait la tumeur déjà reconnue, la malade endormie est prise de vomissements, et dans les efforts qui abaissaient son rectum. on perçut un anneau de nature probablement maligne, situé au dessus de l'épithelioma de l'anus et de la portion adjacente du rectum. La colotomie ne fut pas acceptée par la malade.

OBSERVATION X (Trélat) (2).

Cliniques chirurgicales, tome II. Clinique du 11 avril 1888, rédigée par M. le Dr Pierret Delbet.

Homme de 61 ans, vigoureux, de belle apparence. Il était

(1) *Morris.* — Lumbar colotomy for intestinal obstruction, Med. Times, p. 46, 16 janvier 1885.
(2) *Trélat.* — Cliniques chirurgicales. t. II.

syphilitique sans le savoir ; il y a sept ou huit ans, le médecin autorisé qui le soignait avait porté le diagnostic de syphilis hépatique. Il avait, en outre, une gomme sus-claviculaire. Le tout avait très bien guéri sous l'influence du traitement spécifique. Il avait eu aussi autrefois des accidents hémorrhoïdaires et avait subi la dilatation de l'anus pratiquée par M. Verneuil.

C'est dans le mois de mars dernier qu'il ressentit pour la première fois des difficultés sérieuses pour aller à la selle. Puis il se produisit un arrêt brusque des matières et des gaz. C'est alors que le malade vint à Paris.

Je le vis le 20 mars. Depuis onze jours, il n'avait rendu ni matières ni gaz. A le voir, on ne s'en serait guère douté. Il se levait, marchait et je le trouvai debout. Le visage n'était nullement altéré, seulement un peu d'anxiété, d'agitation, car cet homme fort intelligent, ne se faisait aucune illusion sur la gravité réelle de son état.

Après l'avoir fait coucher, je constatai que son ventre était ballonné, tendu, mais régulièrement, sans exagération. Le son était partout tympanique, et, en faisant une percussion attentive, je pus facilement constater que l'intestin grêle, le cœcum, le côlon ascendant, transverse et descendant étaient distendus par des gaz. Cette distension générale de l'intestin grêle et du gros prouvaient que l'obstacle siégeait bas. Je pratiquai immédiatement l'examen du rectum. Le toucher rectal ne me révéla rien. J'introduisis un doigt sans rien sentir d'anormal, j'en introduisis deux, je les poussai aussi haut que possible. rien, absolument rien. L'intégrité du rectum d'une part, d'autre part le ballonnement du gros intestin dans sa presque totalité démontraient clairement que l'obstacle était situé entre l'S iliaque et le rectum.

Quelle était la nature de cet obstacle ? S'agissait-il d'un

rétrécissement syphilitique, d'une invagination ou bien d'un rétrécissement cancéreux? C'est entre ces trois diagnostics qu'il fallait décider, car on ne pouvait guère faire d'autre hypothèse.

L'obstruction, d'abord partielle, s'était lentement complétée; le début n'avait rien eu de brusque; le tout durait depuis onze jours presque sans réaction générale, puisque le malade se levait et marchait. Cet ensemble de phénomènes permettait d'éliminer d'un coup toutes les variétés d'obstruction aiguë, le volvulus, l'étranglement interne proprement dit, etc.

Je mis tout d'abord de côté le rétrécissement syphilitique pour les raisons suivantes. C'est un affection qui évolue plus lentement qui n'arrive que très rarement à l'obstruction complète. En outre, le siège de l'obstacle n'était pas celui qu'occupe d'ordinaire cette variété de rétrécissement. J'ajoute que, depuis sept ans, le malade n'avait présenté aucun accident syphilitique.

Restait l'invagination et le néoplasme. M. Ollivier, avec qui je vis le malade, était un peu préoccupé de l'idée d'invagination, et cela surtout parce que le malade avait eu une selle sanguinoleute au début de ses accidents. Ce phénomène appartient bien à l'invagination, mais il appartient aussi au cancer. De sorte que je ne vis pas là une raison déterminante pour porter le diagnostic d'invagination et je penchai du côté du cancer. L'âge du malade, 61 ans; le siège de l'obstacle, à la partie basse de l'S iliaque, la marche des accidents me semblaient plaider nettement en faveur de l'idée d'un néoplasme. M. Ollivier reconnaît la valeur de ces arguments et nous adoptâmes le diagnostic de cancer de l'intestin.

L'anus iliaque fut pratiqué dans le flanc gauche. L'opération a été fort régulière. L'intestin ouvert, j'y ai introduit mon

doigt pour l'explorer, mais je n'ai pu sentir aucune tumeur.

Malheureusement le malade a succombé au bout de dix-huit jours. Tout le pourtour de l'anus artificiel a été frappé de gangrène septique.

OBSERVATION XI (Trélat) (1).

Jeune femme de 24 ans, mariée depuis deux ans. Elle était d'une bonne santé habituelle, lersqu'il y a six mois elle constata qu'elle avait des envies très fréquentes d'aller à la selle ; elle y allait, nous dit-elle, jusqu'à dix fois par jour. Les garde robes n'étaient pas seulement fréquentes, elles étaient pénibles, s'accompagnaient de cuisson à l'anus, de ténesme, de pesanteur, d'efforts considérables un peu avant la défécation et cependant les matières qu'elle rendait étaient irès peu abondantes. Bientôt ces mêmes phénomènes furent suivis de l'écoulement d'une certaine quantité de sang et de glaires.

Ces accidents furent d'abord considérés comme d'origine dysentérique ; ils furent traités par des suppositoires qui amenèrent un certain soulagement. Le soulagement fut plus manifeste encore, lorsqu'on eut fait la dilatation forcée de l'anus, mais il fut de courte durée.

On pensa alors à des hémorrhoïdes. Cette erreur que l'on commet souvent dans des cas de ce genre résulte de ce qu'on a négligé une exploration indispensable, lorsqu'on soigne une maladie quelconque du rectum, je veux parler du toucher rectal. C'est dans ces circonstances que la malade vient nous consulter.

Actuellement, ce qui nous frappe tout d'abord chez cette

(1) *Trélat.* — Cliniques chirurgicales, t. II.

femme, c'est qu'elle a beaucoup maigri et que cet amaigrissement ne s'accompagne pas de la coloration jaunâtre propre à la cachexie.

Les diverses fonctions s'exécutent bien, à l'exception toutefois de la défécation qui est fort gênée et s'accompagne de douleurs vives et persistantes. Aussi la malade redoute-t-elle par dessus tout le moment de la défécation. Elle mange le moins possible.

Examen du vagin. — On trouve une masse dure correspondant à la région anale.

Examen du rectum. — Lorsqu'on explore l'anus lui-même, on constate tout d'abord que cet orifice paraît absolument sain, mais à peine le doigt s'est-il enfoncé de quelques centimètres qu'il s'engage dans un trajet douloureux qui le porte vers le coccyx. Les parois de ce trajet sont rigides, anfractueuses, ramollies sur certains points et on les écarte avec d'autant plus de peine qu'on remonte plus haut.

Au dessus de l'obstacle, dans la partie libre du rectum, on sent un petit noyau distinct de la masse principale de la tumeur, accessible par le rectum, mais plus accessible par le vagin.

Il s'agit donc là d'un épithelioma rectal, petit, étroit, limité, serré, amenant un rétrécissement anal.

OBSERVATION XII

En novembre 1881, un homme, distingué dans une situation brillante, vint trouver le professeur Trélat en lui disant qu'il se considérerait comme l'homme le plus heureux, s'il n'avait de temps en temps des vents accompagnés d'un petit écoulement sanguin et glaireux.

Je l'examinai et je découvris un petit épithelioma rectal non soupçonné qui avait l'étendue d'une pièce de dix sous. Je proposai l'opération, elle fut acceptée. J'avais pensé à une opération simple, mais je dus enlever l'intestin dans les 3/4 de son pourtour sur une hauteur de 6 à 7 centimètres.

Le malade survit huit mois à l'opération.

OBSERVATION XIII (Trélat) (1).

Cliniques chirurgicales. — Tome II.

Homme vigoureux, 56 ans ; dix fois par jour, crises atroces de ténesme rectal pendant lesquelles il poussait des cris, se débattait et expulsait un mélange de matières fécales et de glaires sanguinolentes.

On me demandait pour faire cesser ce supplice devenant chaque jour plus intolérable.

Je reconnus un affreux épithelioma du rectum, bosselé, anfractueux, irrégulier, dont le doigt soupçonnait plutôt qu'il n'atteignait la limite supérieure.

OBSERVATION XIV (Cayla) (2).

Publiée dans le *Bulletin de la Société anatomique. Cancer du rectum; Anévrysme de l'aorte thoracique*, par Albert Cayla interne provisoire.

Rimey Renée, 49 ans, ménagère, entre le 16 mars 1881 à l'hôpital Cochin, annexes, service de M. Moutard-Martin.

(1) *Trélat.* — Cliniques chirurgicales, t. II.

(2) Bulletin de la Société anatomique de Paris, 1881, p. 215.

La malade est agonisante, les extrémités sont froides, le pouls radial est à peine perceptible. D'après les renseignements, elle ne se plaignait de rien autre que d'une diarrhée qui durait depuis plusieurs mois. Le corps est amaigri; les yeux sont excavés, les pommettes saillantes.

17 mars. — La malade est dans le même état, elle ne peut fournir aucun renseignement et meurt pendant la visite.

Autopsie. — Abdomen : On trouve du pus dans le petit bassin, néanmoins le péritoine ne présente aucune trace de péritonite.

Rectum : La paroi antérieure du rectum n'est plus constituée que par un tissu grisâtre, ramolli. La lésion remonte jusqu'au dessus du niveau de l'utérus qui est maintenu fixé par des adhérences avec le rectum dégénéré.

Foie : Le foie seul présente un noyau cancéreux.

OBSERVATION XV (Kirmisson) (1).

Publiée dans l'*Union médicale.*

Un homme de 52 ans entre à l'Hôtel-Dieu pour des accidents remontant à quelques mois et ayant d'abord consisté en des hémorrhagies rectales peu abondantes. Celles-ci augmentèrent et il s'y joignit des douleurs qui n'ont débuté qu'il y a quelques semaines et ont décidé le malade à entrer à l'hôpital.

A l'examen, on trouve sur la partie postérieure du rectum des végétations papilliformes, mollasses, remontant plus haut que le doigt ne peut atteindre et faisant une saillie considérable dans l'intestin. Elles reposent sur une base indurée,

(1) Union médicale du 6 décembre 1888, Leçon clinique faite à l'Hôtel-Dieu par Kirmisson.

caractéristique des tumeurs malignes. Il s'agit là d'un épithelioma ayant végété.

Au point de vue de la nature, le cancer de notre malade nous offre peu de particularités à relever. On ne peut guère incriminer quelques petites hémorrhoïdes et en somme il n'y a jamais rien eu du côté du rectum. La santé a toujours été excellente. Cependant il y a quinze ans, il s'est rappelé avoir souffert de douleurs rhumatismales et d'une sciatique intense.

Les symptômes ont été particulièrement insidieux et après ses hémorrhagies, il n'a commencé à souffrir qu'il y a six semaines. Le diagnostic hémorrhoïdes avait été porté.

OBSERVATION XVI

Angélique B..., 49 ans, commerçante, entre au mois de septembre dernier à Lariboisière.

Elle ne souffre que depuis deux ou trois mois de constipation à laquelle elle n'a nullement fait attention. La constipation devenant de plus en plus opiniâtre, elle prend un purgatif, mais presque aussitôt se déclare une occlusion intestinale qui dura quinze jours. Les lavements et les purgatifs n'amenaient aucun soulagement dans l'état de la malade, lorsque tout à coup elle est prise de débâcles et donne issue à des matières très fortement colorées de sang. Aujourd'hui il sort encore parfois de très gros caillots de sang.

Depuis, la douleur a un peu cessé, mais le ventre est toujours tendu et sensible à la palpation.

La malade n'a perdu l'appétit que depuis peu de temps. Elle a des vomissements répétés et de fréquentes envies d'aller à la selle.

Examen. — On trouve, à cinq centimètres de l'anus, le calibre de l'intestin complètement rétréci, ne laissant plus passer la pulpe du doigt. Les masses qu'on observe sont fongueuses, saignantes. Du côté gauche elles sont dures. Elles forment une tumeur arrondie qui infiltre la paroi vaginale.

Le 10 septembre, on pratique un anus iliaque qui n'a donné issue à aucune matière.

La malade vomit d'abondantes matières et meurt le 12 dans la journée.

Autopsie. — L'intestin est très dilaté. Le cœcum, le côlon et l'S iliaque offrent un volume considérable. Une vaste ulcération existe sur le cœcum, l'S iliaque et une partie du côlon descendant.

OBSERVATION XVII (Trélat) (1).

Homme de 61 ans, journalier, vigoureux, d'une bonne constitution, ne présentant rien de particulier dans ses antécédents, ni dans son hérédité, fut pris, il y a huit mois, de constipation opiniâtre. Au bout de peu de temps les matières qu'il rendait lui parurent couvertes d'une large couche de sang et il lui sembla que ses forces diminuaient. Mais, comme il ne souffrait pas, il n'était que médiocrement indisposé, il ne jugea pas utile de consulter un médecin.

Deux mois après il sentit sortir de son anus une petite tumeur qu'il prit pour des hémorrhoïdes.

Depuis, deux phénomènes ;

1° Douleur cuisante, brûlante, se manifestant après les garde-robes et ayant beaucoup d'analogie avec la douleur

(1) *Trélat.* — Cliniques chirurgicales, t. II.

de la fissure anale dont elle diffère cependant par l'absence de contractions spasmodiques du sphincter ;

2° L'écoulement continuel par l'anus d'un liquide muco-purulent, taché de quelques gouttes de sang, sans hémorrhagie véritable.

A part cela, le malade va à la selle sans difficulté ; les matières semblent présenter leur volume, leur consistance habituelle.

A l'examen local on trouve, à la partie antérieure de la marge de l'anus. une tumeur du volume d'une noix, de coloration rosée, mamelonnée, ayant tout à fait l'aspect des épitheliomas, se continuant en dehors avec la peau du périnée, se prolongeant en dedans sur les parois antérieure et latérale du rectum.

Le doigt atteint assez difficilement la partie supérieure de la tumeur. Mais, lorsqu'il l'a atteinte, il peut l'attirer en bas et l'amener au voisinage de l'anus. Son étendue en hauteur est de cinq à six centimètres. Dans toute l'étendue, sensation de l'épithelioma ulcéré.

OBSERVATION XVIII

La nommée C..., 63 ans, est entrée dans le service de M. Peyrot pour obstruction intestinale datant de 10 jours et ayant débuté par des douleurs violentes.

Elle dit qu'elle s'est toujours bien portée.

La température est de 38°,4.

L'examen montre le rectum vide et ne fait sentir aucun rétrécissement.

En présence de l'état grave de la malade, on se décide à une opération immédiate.

Laparotomie. — On trouve au niveau de la portion supérieure du rectum un rétrécissement très serré. Ce rétrécissement est limité par deux fils de soie placés l'un au dessus, l'autre au dessous et serrés de façon à oblitérer la lumière de l'intestin.

Anus iliaque.

A l'ouverture de l'abdomen, on constate que la cavité péritonéale est remplie de gaz qui sortent au dehors ; la paroi abdominale s'affaisse, mais le gros intestin est toujours très distendu. Ces gaz ne présentent pas du tout d'odeur fécaloïde.

Mort, avec vomissements fécaloïdes.

Autopsie. — On trouve à la partie inférieure de l'S iliaque un épithelioma ulcéré. Malgré un examen minutieux, on ne peut constater de perforation intestinale pouvant expliquer le passage des gaz dans la cavité péritonéale.

Le foie présente quelques noyaux cancéreux.

Les ganglions lymphatiques ne sont pas envahis par la dégénérescence.

Comme dans la plupart des cas précédents les malades se sont toujours bien portés, n'ont pas souffert de leur cancer, et n'ont, qu'à la fin de leur maladie, présenté les seuls accidents de l'occlusion intestinale.

Dans tous les cas que nous publions (8 qui nous sont personnels, 10 qui appartiennent à différents auteurs) nous observons toujours le même début.

Les malades entrent à l'hôpital avec les apparences d'une parfaite santé. Ils ne viennent consul-

ter le chirurgien que pour ce qu'ils croient être ou une simple constipation, quelquefois tenace avec des alternatives de diarrhée, ou une hémorrhagie qu'ils attribuent soit à une fissure, soit à une hémorrhoïde. Souvent même ils n'ont ni gêne ni douleur. Et ce n'est qu'après un examen minutieux que le méde-cin reconnaît la vraie cause des accidents.

Et ces formes du cancer ne sont pas rares, puis-qu'en moins d'une année nous en avons observé huit cas dans le seul service de M. le docteur Peyrot à Lariboisière.

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

Les symptômes du cancer latent du rectum sont frustes et peu marqués.

Les malades en effet se présentent comme des individus en apparence bien portants. Ils sont vigoureux et robustes et ne se plaignent nullement de la perte de leurs forces. Ils continuent à se livrer à leurs travaux, sans s'imaginer qu'ils puissent avoir quelque chose de grave.

Ils maigrissent très peu. Leur appétit est conservé et ils n'ont pas pour certains aliments cette répugnance, autrefois caractéristique, du cancer habituel.

Leurs fonctions digestives s'accomplissent régulièrement. Même pendant longtemps il n'y a pas d'obstacle à la défécation et le passage des matières est libre et non rétréci.

Ces malades ne se plaignent pas non plus de douleur située au niveau du sacrum. Ils n'éprouvent pas de pesanteur ni de gêne dans le petit bassin, ni ce ténesme douloureux au moment de la défécation, si pénible pour ceux qui sont atteints du véritable cancer ordinaire.

Bientôt apparaît la constipation. D'abord légère,

surtout chez les individus n'ayant pas d'ulcérations, elle devient ensuite de plus en plus opiniâtre. Le ventre se ballonne et peut être douloureux à la pression. Les anses intestinales se dilatent et le côlon, rempli de matières, se dessine sous la paroi abdominale distendue (Obs. II, X).

Cette constipation persiste, malgré le traitement employé pour la combattre, purgatifs, lavements, etc. (Obs. V, XVI).

Mais après avoir duré plusieurs jours, plusieurs semaines, elle finit par céder d'elle-même et une débâcle se produit (Obs. III, V, XVI).

Les malades en effet, racontent que depuis quelque temps ils vont plus difficilement à la selle. Nous ne voulons pas en conclure que tous les individus, ayant une constipation, même déjà ancienne, soient atteints de cancer rectal.

Cependant, lorsque de temps en temps se produisent des débâcles et que la constipation ne cède pas à un traitement rationnel, pratiquer le toucher rectal qui pourrait bien démontrer la présence d'une tumeur maligne. C'est avec ces seules données qu'Allingham (1) fut conduit à examiner le rectum du gentleman, porteur d'un cancer, dont il est question dans notre historique.

Mais ces alternatives de constipation et de diarrhée, qui ne manquent jamais dans le cancer ordinaire, font le plus souvent défaut dans les formes que

(1) *Allingham*. — Traité des maladies du rectum, traduit par Poinsot, 1875.

nous étudions et les malades ne présentent aucun symptôme important jusqu'au moment de leur occlusion intestinale.

La maladie suit son cours et s'il n'y a pas d'ulcération, on observe les phénomènes de l'occlusion chronique de l'intestin. Cette occlusion peut être occasionnée par l'arrêt des matières, dû à un rétrécissement complet de l'intestin (Obs. II, III, V) ou à la présence d'un corps étranger, tel qu'un bouchon comme dans l'observation I. Elle devient complète et les malades ont des vomissements, de l'hypothermie, du collapsus, mais ils n'éprouvent presque pas de douleur (Ob. II, III. VI).

Le diagnostic différentiel de cette occlusion symptomatique d'avec l'occlusion ordinaire se fera à l'aide des signes suivants :

On voit les anses du gros intestin très dilatées et bien dessinées sous la paroi, ce qui indique que l'obstacle siège bas (Obs. V, X.)

La palpation et la percussion de la région iliaque gauche pourront faire reconnaître une tumeur siégeant à l'union de l'S iliaque et du rectum. (Obs. V, VII.)

Le toucher rectal indiquera la présence d'un cancer, si la lésion siège plus bas.

Dans la forme ulcérée. les symptômes sont plus caractéristiques.

D'abord c'est l'hémorrhagie que l'on rapporte souvent à des hémorrhoïdes (Obs. VI, X, XI, XV XVII.

On commet souvent cette erreur chez les malades

atteints de cancer rectal. Il importe donc d'être prévenu. On se trompe d'autant plus facilement que le cancer est souvent cause d'hémorrhoïdes (1), qui, sauf peu-têtre une certaine exagération des phénomènes douloureux sont en tout semblables aux hémorrhoïdes ordinaires.

On ne confondra pas non plus les hémorrhagies rectales du cancer avec celles de la dysenterie (Obs. XI), ou du tabès au début (2).

La fissure anale peut être aussi une cause d'erreur. Lorsqu'en effet l'ulcération s'étend jusqu'à l'anus et que les spasmes douloureux, provoqués par elle, sont violents, on peut croire à un spasme vrai du sphincter (Obs. XVII). Mais dans la fissure, on ne rencontre ni rétrécissement du rectum, ni symptômes d'occlusion intestinale.

Cette occlusion, chez les malades qui ont une ulcération, est le plus souvent suraiguë. Aussi rencontrons-nous une vive douleur. Elle est due aux spasmes de l'intestin provoqués par l'ulcération, ulcération qui peut siéger en divers endroits. Si elle n'occupe que la surface du cancer, la douleur est fixe et localisée.

Mais il arrive quelquefois que le séjour, trop prolongé des matières dans l'intestin, amène l'inflammation de la muqueuse, et bientôt après l'ulcération.

Nous sommes alors en présence de plusieurs ulcérations ; la douleur, qui était localisée dans le cas

(1) *Trélat.* — Cliniques chirurgicales.
(2) *Lerat.* — Thèse de Paris. 1891.

précédent, se généralise et s'irradie dans une partie de l'abdomen. Les spasmes de l'intestin sont plus fréquents et plus douloureux; l'hémorrhagie est aussi plus abondante.

En présence de ces symptômes, ne pas négliger le toucher rectal, parce qu'on est en droit de craindre un cancer.

C'est là une règle absolue, qui permettra d'éviter des erreurs souvent regrettables. Et alors même que le toucher n'aurait rien démontré, ne pas conclure à la non existence d'un cancer, qui peut siéger à une hauteur inaccessible au doigt.

Il est encore utile de pratiquer ici la palpation et la percussion de la paroi abdominale dans la fosse iliaque gauche, manœuvres, qui jointes au toucher, peuvent aider beaucoup au diagnostic.

Le cancer ulcéré du rectum, outre l'hémorrhagie, est encore accompagné d'écoulement de mucosités et de glaires séro-sanguinolentes. (Obs. VII, XI, XII, XIII).

L'engorgement ganglionnaire a été observé rarement dans les formes à marche latente du cancer du rectum.

Mais, lorsque le chirurgien a constaté l'existence d'une tumeur ou d'une ulcération, il doit encore la différencier de l'ulcération tuberculeuse et du syphilome ano-rectal.

Dans l'ulcération tuberculeuse, les bords sont pigmentés, violacés, décollés, souvent riches en granulations tuberculeuses. La base est souple, molle,

peu indurée. Le malade peut être atteint de tuberculose pulmonaire.

Dans le syphilome ano-rectal, l'anus présente des indurations, des plis à forme ondulée (1), parfois des condylomes.

Le doigt explorateur rencontre dans l'intestin une portion dure, fibreuse, inextensibte, cylindrique, avec des cannelures saillantes et au dessus une portion molle, ulcérée, sécrétant un pus fétide, caractéristique. Le malade a d'autres accidents syphilitiques.

Dans le cancer, le chirurgieu tiendra compte de l'âge du malade et le toucher fera sentir une masse fongueuse saignant facilement, inégale, bosselée, irrégulière, à base indurée et diffuse.

Enfin, si le cancer a envahi la paroi antérieure du rectum, il peut se propager à la vessie. Des matières et des gaz s'échappent alors par le canal de l'urèthre (Observation de Curling, observation VII). Cette complication nouvelle attirera l'attention et permettra de reconnaître la présence d'un cancer.

(1) *Fournier.*

MARCHE ET PRONOSTIC

L'évolution lente et sans retentissement sur la santé générale est, nous l'avons vu, un des grands caractères du cancer à marche latente du rectum. Les malades sont depuis longtemps porteurs de leur affection sans que rien ne puisse la faire soupçonner.

Généralement, c'est d'une façon insidieuse que se montrent les signes révélateurs de la maladie. Et alors quand le chirurgien peut faire son diagnostic, les symptômes mortels ne tardent pas à apparaître.

Ce sont ceux de l'occlusion intestinale chronique dans les formes non ulcérées ou ceux de l'occlusion intestinale suraiguë, s'il existe une ou plusieurs ulcérations.

Dans nos observations, les malades n'ont jamais présenté la teinte jaune paille, si recherchée autrefois. Ils n'ont offert que rarement une généralisation soit au foie, soit aux ganglions lymphatiques.

Ils succombent donc moins à leur lésion cancéreuse qu'à l'occlusion consécutive au néoplasme.

Peut-être, en présence de l'ulcération intestinale souvent considérable, se fait-il une auto-intoxication plus grande que dans l'étranglement simple et capa-

ble de déterminer la mort. Le cas du professeur Renaut (1) de Lyon, qui a publié une observation de syphilome rectal ulcéré, à la suite duquel surviennent de graves symptômes d'anto-intoxication, viendrait à l'appui de notre hypothèse.

Le pronostic de ces formes de cancer est grave, puisqu'en dehors de l'affection, on doit toujours craindre des complications qui mettent en danger la vie du malade.

(1) *Renaut*. — Des accidents parasyphilitiques. Annales de dermatologie et de syphiligraphie, 1885.

TRAITEMENT

Le traitement peut être chirurgical ou médical.

Le traitement chirurgical est curatif ou palliatif. Les Allemands extirpent à outrance, les Anglais et les Français pratiquent le plus souvent une opération palliative.

Quelle devra donc être la conduite du chirurgien en présence d'un cancer du rectum ordinaire ou d'un cancer qui a évolué d'une façon latente et qui a déterminé brusquement des symptômes alarmants ? Il s'appliquera toujours à suivre les indications données par la maladie.

S'il a recours au traitement curatif, il y a une seule opération, l'extirpation.

C'est à Lisfranc que revient l'honneur d'avoir le premier extirpé le rectum avec succès. Il conseillait de ne pas remonter à plus de huit centimètres au dessus de l'anus. Pinault, dans sa thèse, rapporte

plusieurs cas où cette extirpation a été favorable au malade.

Nélaton propose de dépasser les limites établies par Lisfranc et il opère à plus de huit centimètres chez la femme. Il pratique une incision préalable de la cloison recto-vaginale, et décolle peu à peu le cul-de-sac péritonéal.

Mais certains chirurgiens allemands extirpent le néoplasme d'une façon exagérée. Ils ne craignent pas, dans les cas d'adhérences de la tumeur avec la prostate et la vessie, d'entamer largement les parois de celles-ci et d'enlever ainsi une partie des organes du petit bassin. Si le cancer a envahi l'intestin jusqu'au dessus des insertions péritonéales, ils interviennent néanmoins de la même façon.

En France, Trélat a émis, dans ses leçons, une loi à laquelle il nous semble prudent d'obéir. « L'extirpation du rectum cancéreux n'est utilement praticable que lorsque la tumeur est parfaitement mobilisable et que l'on peut amener, après son ablation, la partie saine de l'intestin au contact de la peau, pour les réunir par un point de suture. »

L'indication d'une opération curative devient ainsi très nette.

Dans les cas de cancer qui nous occupent, le chirurgien a pu quelquefois intervenir efficacement par l'extirpation et prolonger ainsi la vie du malade d'une façon notable.

Curling cite l'exemple d'un malade qui s'est bien porté pendant deux ou trois ans après son opéra-

tion. Allingham nous parle d'une survie de quatre ans chez un individu auquel il pratiqua la colotomie lombaire. Richet, Verneuil, Trélat et d'autres chirurgiens ont observé des cas où les malades ont survécu plus longtemps encore, jusqu'à neuf et dix années.

On ne saurait donc priver les malades d'une intervention dont ils bénéficient avec tant d'avantages. Et dans toutes les formes du cancer du rectum, l'extirpation a pu donner de bons résultats. Il est alors nécessaire de l'employer suivant les indications.

Cette opération se fait de différentes manières, d'abord avec le bistouri. Le chirurgien pratique à 2 ou 3 centimètres deux incisions semi-lunaires, qui se rejoignent en avant et en arrière du rectum. Il dissèque ensuite les parois rectales pour les séparer des tissus voisins, en ayant soin de ménager le sphincter. Il pratique ensuite la suture de l'intestin avec la plaie cutanée.

Denouvilliers fait une incision ano-coccygienne afin d'obtenir une large plaie qui permet de se rendre compte plus exactement de l'étendue du mal et d'opérer plus à l'aise.

Velpeau propose un mode de suture qui favorise la réunion de l'intestin et de la peau.

L'écrasement linéaire de Chassagnac, la ligature lente de Récamier et la ligature extemporanée de Maisonneuve ne sont guère employés. Quant à l'anse galvano-caustique, elle a donné quelques bons résultats.

De tous les procédés jusqu'ici employés, l'extirpation par l'instrument tranchant est celui qui se pratique le plus régulièrement, surtout depuis les modifications apportées par plusieurs chirurgiens et en particulier par Kraske. L'opération que l'on fait aujourd'hui, comme traitement curatif du cancer rectal, est l'opération de Kraske.

Les résultats éloignés de cette intervention sont très variables. La muqueuse intestinale ne se réunit pas toujours à la peau.

La récidive fréquente et prompte et la gravité des accidents opératoires immédiats, violent choc chirurgical, hémorrhagies, accidents septiques, font que les chirurgiens se bornent à ne faire que l'extirpation du cancer de l'anus et du cancer bien limité de la partie inférieure du rectum.

L'extirpation, dans les cas qui nous occupent, conviendra uniquement au cancer épithélial, peu volumineux, non généralisé et n'ayant amené que peu de trouble dans la santé générale. Heureux sera le malade chez lequel le chirurgien aura été amené de bonne heure à pratiquer le toucher rectal et à établir ainsi la nature de son affection.

Allingham a extirpé un de ces cancers épithéliaux, à évolution latente, indolente, de l'extrémité inférieure du rectum et il a obtenu une survie de plusieurs années.

Mais ces faits sont rares et le plus souvent le chirurgien, en présence de ces formes spéciales, n'a pas l'occasion d'enlever la masse cancéreuse : car

lorsqu'il reconnaît la lésion, c'est un des caractères de la maladie, elle est déjà trop avancée.

Son rôle consiste alors, généralement, à pratiquer une opération palliative.

C'est, en effet, quand apparaissent les symptômes d'occlusion intestinale, soit chronique, soit suraiguë, qu'il doit rétablir le cours des matières.

Plusieurs procédés ont été employés. C'est d'abord la dilatation lente, à l'aide de bougies introduites dans le rectum. Elle pourrait rendre quelques services en rétablissant momentanément le cours des matières, mais elle expose à de graves accidents.

Dans la forme du cancer que nous étudions, la muqueuse intestinale est enflammée par le contact prolongé des matières. Il peut survenir alors, si l'on vient à faire pénétrer une sonde, soit une perforation de l'intestin, soit une ulcération capable de déterminer ces spasmes si douloureux qui amèneraient bientôt une occlusion intestinale suraiguë, rapidement mortelle.

La cautérisation, préconisée par Récamier, n'est pas suffisante, quant au raclage avec cautérisation, mis en honneur par les chirurgiens allemands, il serait encore plus dangereux pour les malades que la dilatation.

La rectotomie linéaire postérieure, pratiquée par le professeur Vernenil, peut être utile, surtout depuis que, pour éviter le rapprochement des deux lèvres de la plaie, il fait l'excision d'une bande lon-

gitudinale de l'intestin de 2 à 3 centimètres, pratiquée avec l'écraseur linéaire.

Mais si l'obstacle siège haut, si sur la muqueuse du côlon il existe des ulcératious pouvant amener une obstruction intestinale complète, cette opération devient insuffisante, même inutile, puisque les matières ne pourront franchir le rétrécissement.

Il ne reste alors qu'à établir un anus artificiel. La colotomie est en effet l'opération la plus pratiquée aujourd'hui.

Il ne peut en être autrement, puisque, surtout dans le cancer à évolution latente, les premiers symptômes, capables d'attirer l'attention, sont presque toujours ceux de l'occlusion intestinale chronique ou suraiguë (Voir observations).

Il est donc d'un grand intérêt d'étudier ce procédé opératoire.

Jusqu'à ces dernières années, à l'exemple des chirurgiens anglais (Curling, Hawkins, Holmes, Bryant, Allingham, Maünder) Péan, Labbé et le professeur Tillaux ont donné la préférence à la colotomie lombaire.

Ces auteurs en effet, tout en reconnaissant qu'elle présente certaines difficultés, pensent que le plus habituellement c'est une opération simple, surtout si l'intestin n'est pas vidé avant l'intervention, si le malade est placé dans une bonne position et si l'on suit rigoureusement les règles opératoires.

« Seule, dit Trélat (1), elle permet de ne pas ouvrir le péritoine, ce qui est un avantage manifeste et, quand on l'a réussie, elle donne un régime de selles, auquel rien ne peut être comparé en fait d'entérotomie. »

L. Labbé a communiqué aussi à l'Académie de médecine un mémoire où il préconise la colotomie lombaire, méthode dite de Callinsen.

Mais avec l'antiseptie, aujourd'hui que l'on peut toucher impunément au péritoine, les dangers que l'on reprochait à la colotomie inguinale, ou méthode de Littre, ont bien diminué et la plupart des chirurgiens pratiquent aujourd'hui la colotomie inguinale.

C'est une opération en effet facile, que l'on réussit mieux que la colotomie lombaire et qui n'expose pas plus le malade à de graves accidents que cette dernière.

Mise en pratique par Richet, elle a été perfectionnée par le professeur Verneuil et par d'autres chirurgiens à Berlin et à Vienne.

Aujourd'hui que l'on établit l'anus iliaque en plusieurs temps, on n'a plus à redouter l'introduction des matières dans le péritoine, accident qu'on lui reprochait autrefois. On ne pratique en effet l'ouverture du côlon au thermo-cautère ou au bistouri que lorsque l'intestin est réuni solidement à la paroi abdominale.

Même dans le cas d'obstruction suraiguë, quand

(1) *Trélat.* — Cliniques chirurgicales.

on est obligé de donner immédiatement issue aux matières, on fixe d'abord l'intestin par des points de suture aux lèvres de la plaie extérieure et on ne fait la colotomie qu'après cette manœuvre.

Avec les précautions antiseptiques que l'on ne devra pas négliger, l'anus iliaque est donc l'opération de choix, comme traitement palliatif du cancer du rectum, quelle que soit sa variété.

Du reste, c'est la colotomie inguinale qui a toujours été pratiquée dans les observations que nous avons publiées.

Le rôle du chirurgien, en présence d'un cancer du rectum et surtout de ces cancers à évolution latente où les premiers symptômes manifestes sont ceux de l'occlusion intestinale chronique ou suraiguë, consistera donc à pratiquer presque toujours un anus iliaque.

Les malades peuvent, pendant quelque temps, bénéficier de cette opération, surtout tant qu'il ne se produira pas d'ulcération soit du cancer, soit de la muqueuse intestinale.

Le traitement médical n'a pas une grande influence sur la maladie. Calmer la douleur, faciliter les garde-robes, maintenir aussi longtemps que possible l'état général, telles sont les seules ressources que peut nous fournir la thérapeutique médicale.

CONCLUSIONS

1° Les formes du cancer du rectum à évolution latente sont assez fréquentes ;

2° Elles n'amènent que de légers troubles dans les fonctions digestives et la santé générale est peu altérée ;

3° Elles sont rapidement mortelles ; aussi y a-t-il disproportion marquée entre la lésion et le retentissement sur l'organisme ;

4° Les malades ne meurent pas de leur cancer en tant que lésion cachectique, mais d'une occlusion intestinale le plus souvent suraiguë, provoquée par une ulcération, phénomène consécutif du cancer ;

5° Les symptômes de la maladie sont peu manifestes. Il ne faut donc pas négliger le toucher rectal, alors même que le malade n'accuserait aucune gêne du côté du rectum. Mais ne pas trop répéter cette manœuvre, lorsqu'il y a ulcération ;

6° Etablir un anus iliaque, dès qu'il existe des signes d'obstruction intestinale.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Jaccoud. — Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques. Article cancer.

Desault. — Œuvres chirurgicales (2[e] partie 1798.)

Follin et Duplay. — Pathologie externe, tome VI. Maladies de l'anus et du rectum.

Pinault. — Dissertation sur le cancer du rectum, thèse de Paris, 1829.

Terrasse. — Du cancer du rectum, thèse de Paris, 1839.

Demarquay. — Cancer du rectum. (L'Expérience, mai 1849.

Vidal. — Du cancer du rectum et des opérations qu'il peut réclamer, thèse de concours, Paris, 1842.

Simon. — Ueber Mastdarmkrebsk (Nittheil aus der Chirurg. Klinik, zu Rostock, 1865.)

Esmarch. — Die krankheiten des Mastdarmes und des apters,

Curling. — Traité des maladies du rectum, annoté et traduit sur la 4[e] édition, revue et complétée sur les indications manuscrites de l'auteur, par le D[r] H. Bergeron.

Allingham. — The diagnostic and treatment of diseases of the rectum. mited and revised with much additional new mater and numerous diagrams by H. W. Allingham, 5[e] édit. London, 1888.

Peyrot. — Pathologie externe.

Gazette des hôpitaux. — (16 octobre 1872 ; 5 mars 1873,)

Bulletin de la Société Anatomique, 1879, (Séance du 7 février.)

Péan. — Leçons de clinique chirurgicale.
Trélat. — Cliniques chirurgicales. Tome II.
Kirmisson. — Gazette des hôpitaux, 12 juin 1888.
— Union médicale, 6 décembre 1888.
Morris. — Lumbar colotomy for intestinal obstruction (Med. Times, 16 janvier 1885.)
Cayla. — Bulletin de la Société anatomique de Paris, 188[illegible].
Allingham. — Traité des maladies du rectum, traduit par Poinsot, 1875.
Renaut. — Annales de dermatologie et de syphiligraphie, 1885.

Vu : Le Président de la Thèse,

TILLAUX.

Vu : Pour le Doyen,

L'Assesseur, JACCOUD.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

Paris. — Imp. de l'Ecole de médecine, Henri Jouve, 15, rue Racine.